Ueber

Pleuritis im Wochenbett.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doctorwürde

vorgelegt

der medizinischen Facultät zu Erlangen

am 26. Juli 1888

von

Max Pfeiffer

aus Tuppen (Ostpreussen).

1889.

Druck von J. Grohrock, Nürnberg.

Ueber

Pleuritis im Wochenbett.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doctorwürde

vorgelegt

der medizinischen Facultät zu Erlangen

am 26. Juli 1888

von

Max Pfeiffer

aus Tuppen (Ostpreussen).

1889.

Druck von J. Grohrock, Nürnberg.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Facultät.
Referent: Prof. Dr. A. Strümpell.

Seinen lieben Eltern

in

Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

Vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545819_0146

Im vergangenen Winter-Semester hatten wir Gelegenheit, in der medizinischen Klinik zu Erlangen drei Fälle von Pleuritis zu beobachten, welche alle bei Frauen im unmittelbaren Anschluß an ein Wochenbett eingetreten waren.

Diese auffallende Uebereinstimmung der drei Fälle legte den Gedanken nahe, daß zwischen dem Puerperium und dem Auftreten der Pleuritis ein innerer Zusammenhang bestehen müsse, und gab zu der Frage Anlaß, wie man dieses Zusammentreffen wohl erklären könne.

Sowohl die Thatsache des Vorkommens der Pleuritis im Wochenbett, als auch die Versuche zu ihrer Erklärung scheinen bisher wenig Beachtung gefunden zu haben. In den Handbüchern, welche die Krankheiten des Wochenbetts behandeln, findet die Pleuritis theils gar keine, theils nur eine ganz beiläufige Erwähnung. Andrerseits wird man in den Beschreibungen der Pleuritis neben den zahlreichen sonstigen Ursachen nur selten auch das Puerperium als einen das Auftreten der Krankheit zuweilen mit bedingenden Umstand angeführt finden.

Und doch kann man aus gelegentlichen Mittheilungen entnehmen, daß auch früheren Beobachtern schon wiederholt Pleuritiden im Wochenbett vorgekommen sind. So erwähnt z. B. Leyden in einem Bericht über die auf der Charité während der Zeit vom 1. November 1861 bis zum 15. April 1862 vorgekommenen 83 Fälle von Puerperalerkrankungen 2 Fälle von exsudativer Pleuritis, von denen der eine tödtlich verlief, der andere aber schließlich einen glücklichen Ausgang nahm.

Wir wollen im Folgenden zunächst das Thatsächliche unserer Beobachtungen anführen und hieran erst die Frage anschließen, auf welche Weise man sich den Zusammenhang zwischen dem Puerperium und der hierbei auftretenden Pleuritis denken kann.

Fall 1.

Haselmann, Auguste, 26 Jahre alt, Dienstmagd.

Anamnese:

Vater lebt und ist gesund. Ebenso 7 Geschwister. Pat. hat außer Scharlach und Diphtherie keine anderen Krankheiten durchgemacht. Sie wurde regelmäßig menstruiert. Patientin wurde als Primipara in der hiesigen geburtshilflichen Klinik leicht entbunden. Das Wochenbett verlief anfänglich normal. Am fünften Tage stellte sich Fieber ein, zugleich mit Schmerzen im Unterleib. Derselbe zeigte Aufgetriebensein. Nach einigen Tagen schwanden diese Erscheinungen und Pat. bekam Seitenstechen auf der linken und rechten Brust, das nach mehreren Tagen aufhörte, um dann mit erneuter Heftigkeit und besonders auf der linken Seite aufzutreten. Zur Zeit beginnen die Schmerzen in der linken Seite und strahlen in die Achselhöhle aus. Dieselben treten periodisch auf und sind von verschiedener Dauer. Pat. klagt über allgemeine Mattigkeit und Appetitlosigkeit. Kein Husten, kein Auswurf. Athembeschwerden sind nicht vorhanden.

Status praesens.

d. 31. X. 88. P. 38,2. P. 92. R. 28.

Pat. mittelgroß, von gutem Ernährungszustand. Haut im Gesicht leicht geröthet, keine Cyanose. Athmung nicht besonders beschleunigt, zeigt keine besondere Veränderung. Thorax normal gebaut, gut entwickelt; epigastrischer Winkel ein rechter. Lungengrenzen vorne normal, verschieblich. Vorn überall vesiculäres Athmen. Hinten links von der Mitte der scapula ab Dämpfung,

über derselben abgeschwächtes Vesiculärathmen. Pectorolfremitus beiderseits abgeschwächt. Herzdämpfung normal. Spitzenstoß im V Intercostalraum innerhalb der Mammillar-Linie. Töne rein. Action kräftig regelmäßig.

Leberdämpfung klein, erreicht nicht den Rippenbogen. Milz nicht vergrößert. Abdomen etwas aufgetrieben, sonst normal. Stuhl angehalten. Harn zeigt nichts abnormes. Kein Sputum.

d. 1. XI. 87. T. 38,0 P. 88 R. 20
— 38,4 — 100 — 28

Im Wesentlichen Status idem. Auf Morphium haben die Schmerzen nachgelassen.

d. 2. XI. 87. T. 38,2 P. 80 R. 28
— 38,9 — 100 — 28

Dämpfung R. H. U. etwas stärker. Ueber der scapula vereinzeltes Rasseln. Pat. fühlt sich im Ganzen wohl.

d. 3 XI. 87. T. 37,9
— 38,4 P. 72 R. 24
— 4 — 37,5 — 80 — 24
— 37,8 — 72 — 24
— 5. — 37,8 — 76 — 24
— 38,8 — 84 — 28

Das Exsudat ist links auf gleicher Höhe geblieben. R. ist die Dämpfung etwas zurückgegangen.

— 6. T. 38,0 P. 80 R. 24
— 38,3 — 92 — 24
— 7 — 38,0 — 96 — 28
— 38,3 — 92 — 24

Pat. hat heute keine Schmerzen.

— 8. — 38,0 — 82 — 24
— 38,3 — 88 — 28

Die Schmerzen haben sich mit erneuter Heftigkeit eingestellt.

d. 9. XI. 87. T. 38,2 P. 92 R. 24
— 39,2 — 96 — 28

Das Exsudat ist R. fast völlig verschwunden. L. unverändert. Die Schmerzen haben auf Morph. nachgelassen. Stuhl angehalten. Abdomen etwas aufgetrieben, leicht schmerzhaft.

— 10. — 37,8 — 92 — 24
— 39,2 — 96 — 28

— 11. — 37,9 — 80 — 24
— 38,2 — 84 — 24

Auf Ricinus und Clysma reichliche Stuhlentleerung. Aufgetriebensein und Schmerzhaftigkeit verschwunden.

— 12. — 37,4 — 72 — 24
— 37,6 — 72 — 24

— 13. — 37,3 — 60 — 24

Das Exsudat L. ist bis auf 1 Querfingerbreite zurückgegangen.

Patientin wird auf ihr heftiges Drängen hin, als gebessert entlassen.

Auch außerhalb der Anstalt blieb Pat. noch in unserer Beobachtung. In den ersten Tagen nach ihrer Entlassung hatte sie wohl noch über Mattigkeit zu klagen, hatte aber sonst keine weiteren Beschwerden und konnte tagüber außer Bett bleiben. Schon nach 14 Tagen spürte sie nichts mehr von ihrer vorigen Krankheit, sondern fühlte sich vollkommen wohl, so daß sie ihren täglichen oft schweren Verrichtungen ohne Anstrengung nachgehen konnte. Patientin mußte als vollständig genesen angesehen werden.

Fall 2.

Schwarzkopf, Elisabeth, 29 Jahre alt, Dienstmagd.

Anamnese:

Vater der Pat. ist eines gewaltsamen Todes gestorben. Todesursache der Mutter unbekannt. Die 2 Geschwister der Pat. leben und sind gesund. Pat. will früher stets gesund gewesen sein. Im Herbst dieses Jahres zog sich Patientin eine leichte Erkältung zu. Vor 14 Tagen hat Pat. spontan geboren. Das Wochenbett verlief normal. Am 20. XI. h. trat plötzlich Stechen auf der linken Seite auf. Geringer Husten und zwar nur Morgens. Athembeschwerden waren nicht vorhanden. Keine Magen- und Darmsymptome. Stuhl normal. Keine Kopfsymptome.

Status praesens.

21. XI. 87 T. 38,2 P. 96 R. 36.

Pat. kräftig gebaut, Muskulatur und Fettpolster gut entwickelt. Hautfarbe normal. Gesicht leicht geröthet. Zunge nicht belegt. Hals normal.

Thorax gut gebaut, breit. Epigastrischer Winkel ein stumpfer. Athmung regelmäßig, tief, nicht beschleunigt. Percussion und Auskultation ergeben allenthalben normale Befunde.

Herz: Spitzenstoß und Herzdämpfung normal. Töne rein, Action regelmäßig, kräftig.

Abdomen nirgends schmerzhaft. Leber drei Querfinger breit unterhalb des Rippenbogens zu fühlen. Milz nicht palpabel. Kein Sputum. Im Urin keine Veränderungen. Stuhl normal.

Bauchdecken schlaff und fettreich.

d. 22. XI. 87. T. 37,5 P. 84 R. 28
— 38,2 — 72 — 24

Pat. klagt über Schmerzen über und unterhalb der linken Clavikula. Objectiv ist nichts nachzuweisen.

d. 23 XI. 87. T. 37,8 P. 80 R. 24
— 37,9 — 72 — 24
Die Schmerzen haben etwas nachgelassen.

d. 24. XI. 87. — 37,8 — 72 — 28
— 39,8 — 104 — 32
Auftreten neuer Schmerzen in der Gegend der rechten Lungenspitze. Athmung beschleunigt, oberflächlich. Perkussion ergiebt L. H. vom 8. Brustwirbel, R. H. vom 9. ab Dämpfung. L. H. U. deutliches Bronchialathmen, kein Rasseln. R. H. an einer kleinen Stelle nahe der Wirbelsäule leises Bronchialathmen. Stimmfremitus beiderseits abgeschwächt. Sputum ganz spärlich, katarrhalisch.

d. 25. XI. 87. — 38,3 — 88 — 32
— 38,7 — 96 — 36
Pat. klagt über Schmerzen in der rechten Spitze, sowie in der rechten Axillargegend. Dämpfung beiderseits vom 7. Brustwirbel ab, L. stärker als R. L. H. U. im Dämpfungsbezirk deutliches, weiches, jedoch etwas abgeschwächtes Bronchialathmen. R. H. U. nur in einem kleinen Bezirk neben der Wirbelsäule abgeschwächtes Bronchialathmen, sonst überall abgeschwächtes Vesiculärathmen. Stimmfremitus beiderseits abgeschwächt. Abdomen leicht aufgetrieben, nirgends schmerzhaft. Stuhl regelmäßig.

d. 26. XI. 87. — 38,2 — 80 — 32
— 38,7 — 100 — 40
Die Dämpfung hat beiderseits nach oben zugenommen, über der Dämpfung deutliches Bronchialathmen. Kein Rasseln. Eine Probepunktion links ergibt ein rein seröses Exsudat.

d. 27 XI. 87. — 38,2 — 84 — 28
— 39,2 — 100 — 40
Die Dämpfungsgrenze ist constant geblieben, auch der sonstige physikalische Befund ist unverändert.

d. 28 XI. 87. T. 38,2 P. 72 R. 28
— 38,8 — 96 — 32

Heute ist die Dämpfung um etwa 1 Querfinger breit zurückgegangen. R wie gestern. Beiderseits deutliches Bronchialathmen.

d. 29. XI. 87. — 37,5 — 68 — 52
— 40,3 — 96 — 44
— 38,4

Auftretende Schmerzen in der rechten Mamma. Am äußeren Rand derselben leichte Röthung und Schwellung. Einzelne Parthieen ziemlich derb infiltriert.

d. 30. XI. 87. — 37,5 — 88 — 20
— 37,8 — 80 — 32

Die Schmerzen in der Mamma haben nachgelassen. L. H. U. nach Dämpfung vom 8. Brustwirbel ab. Deutliches Bronchialathmen. R. beginnt die Dämpfung am 4. Brustwirbel. Abgeschwächtes Bronchialathmen.

d. 1. XII. 87. — 39,4 — 100 — 32
— 39,0 — 100 — 28

L. H. U. beginnt die Dämpfung am 9. Brustwirbel. Sonst ist der physikalische Befund unverändert.

d. 2. XII. 87. — 37,2 — 92 — 28
— 38,0 — 72 — 28

d. 3. XII. 87. — 37,2 — 72 — 28
— 36,9 — 72 — 28

An der Mamma keine Infiltration mehr vorhanden, nur noch geringe Schmerzempfindlichkeit. Exsudat unverändert.

d. 4. XII. 87. — 37,0 — 68 — 28
— 37,5 — 80 — 28

d. 5. XII. 87. — 37,0 — 84 — 28
— 37,7 — 76 — 28

Das Exsudat L. H. U. ist völlig verschwunden.

d. 6. XII. 87. T. 37,5 P. 80 R. 28
— 37,2 — 76 — 28

— 7. XII. 87. — 37,5 — 72 — 24
— 37,2 — 88 — 24

— 8. XII. 87. — 37,0 — 64 — 24

Die Dämpfung R. H. U. beginnt am 6. Brustwirbel, von hier ab leises Bronchialathmen. Stimmfremitus aufgehoben. Verdrängungserscheinungen seitens des Herzens nicht vorhanden. Die Leber steht wie vor Entwickelung des Exsudats 3 Querfinger breit unter dem Rippenbogen

— 9. — — 37,5 — 80 — 24
— 10. — — 37,2 — 72 — 24
— 11. — — 37,2 — 96 — 28

Exsudat unverändert. Probejunktion ergiebt rein seröse Flüssigkeit. Patientin fühlt sich vollkommen wohl.

— 12. — — 37,1 — 96 — 24
— 13. — — 37,2 — 68 — 24
— 14. — — 37,0 — 80 — 24

R. H. U. Dämpfung vom 7. Brustwirbel ab beginnend Fortwährend gutes subjektives Befinden. Die Diurese hat seit einigen Tagen zugenommen.

— 15. — — 37,1 — 76 — 24
— 16. — — 37,3 — 84 — 24
— 17. — — 37,0 — 84 — 28
— 18. — — 37,0 — 72 — 28

Während die Dämpfung R. H. U. vom 7. Brustwirbel ab persistiert, ist an Stelle des Bronchialathmens heute leises Vesiculärathmen getreten. Reichliche Diurese.

— 19. — — 36,7 — 76 — 24
— 20. — — 37,4 — 88 — 24

Dämpfung ist bis zum 9. Brustwirbel zurückgegangen.

In den nächst folgenden Tagen wird das Athemgeräusch vollkommnn normal. Temperatur regelmäßig, zwischen 36,5 und 37,3. Ebenso Puls und Respiration

normal. Am 25. ist die Dämpfung nur noch 1 Querfinger breit nachzuweisen. Pat. fühlt sich wohl; geringe Mattigkeit. Am 2. 1. 88 ist die Dämpfung R. H. U. vollständig verschwunden. Pat. bekommt eine Bronchitis, die nach 5 Tagen gänzlich gehoben ist.

Im weitern Verlauf keine weitern Störungen. Keine, auch nur nennenswerthe Temperatursteigungen. Puls und Athmung normal.

Ueberall normale Percussions- und Auskultationsbefunde.

Patientin wird am 14. 1. 1888 als vollkommen geheilt aus der Klinik entlassen.

Fall 3.

Lämmermeyer, 26 Jahre alt, Spinnerin.

Anamnese:

Vater der Pat. lebt und ist gesund. Mutter ist angeblich an Wassersucht gestorben Pat. will nie wesentliche Brustbeschwerden gehabt haben. Am 1. Dezember 1887 wurde sie in der hiesigen geburtshilflichen Klinik mittelst Forceps leicht entbunden. Während der Gravididät keine Husten- und Brustbeschwerden. Am 11. XII. 87 wurde sie nach normal verlaufenem Wochenbett aus der Anstalt entlassen. Pat. fühlte sich ganz wohl bis Weihnachten 1887. Dann allmählich Seitenstechen, links zunehmende Kopfschmerzen. Mattigkeit, Appetitlosigkeit. Seit 7. 1. 88 stetiges Seitenstechen. Tags Frost, Nachts Hitze. Kurzathmigkeit wird stärker. Pat. kann nicht auf der rechten Seite liegen. Zunehmende allgemeine Mattigkeit, trockener Husten, ohne allen Auswurf, anhaltende Appetitlosigkeit und Schwäche.

Status praesens.

d. 11. I. 88. T. 39,3 P. 96 R. 24

Pat. mittelgroß, gracil gebaut, Muskulatur schlaff, panniculus adipos. dürftig. Gesichtsfarbe blaß, Haut heiß,

Kein Herpes. Zunge etwas belegt, blaß. Hals etwas lang, schmal mit vorstehenden Sternocleid. Lymphdrüsen nicht geschwollen. Thorax lang breit, aber flach. Epigastrischer Winkel 1 spitzer. Mamma gefüllt, schlaff, secernierend. Linke Seite stärker vorgewölbt als die rechte. Respiration costo abdominal, nicht besonders dyspnoisch. Linke Seite etwas nachschleppend, nicht still stehend.

Percussion: R hell bis untere VI R. L oberhalb der clavicula gedämpft. Im ersten Intercostalraum tief tympanitisch. Im zweiten J. C. R. daneben bereits etwas gedämpft, von obere III stark gedämpft.

Auskultation: R vesiculäres Athmen. L in den obern zwei Intercostalräumen unbestimmt hauchendes Athmen. Von Beginn der Dämpfung bronchial, namentlich reines bronchiales Expirium.

Herz: Dämpfung, obere Grenze s. o., nach rechts knapp 1 cm. den Sternalrand überragend. R. vom Sternum deutliche Pulsation. Dämpfung nach links nicht nachweisbar Töne leise, rein. II. Gefäßton accentuirt. Radialpuls ziemlich kräftig Halbmondförmiger Raum fast durchweg gleichmäßig gedämpft

Rücken: Ausdehnung der linken Seite nicht sehr ausgesprochen. Von oben an deutliche Dämpfung. R. normaler Lungenschall, vesiculäres Athmen. L. Athmung abgeschwächt. In den obern Partieen vesiculär, vom angulus scapulae bis ganz nach unten abgeschwächtes bronchiales Athmen hörbar.

Stimmfremitus über der Dämpfung aufgehoben.

Abdomen nicht aufgetrieben. Leberdämpfung bis zum Rippenrand reichend. An den Genitalien nichts besonderes. Urin enthält nichts anomales.

d. 12. I. 88. T. 38,6 P. 100 R. 28
— 40,4 — 132 — 44

Physikalischer Befund wie gestern. Probepunction ergiebt ein helles, seröses Exsudat.

d. 13. I. 88. T. 40,0 P. 120 R. 32
— 40,3 — 104 — 28

Pat. fühlt sich sehr matt, jedoch ist das Allgemeinbefinden gut. Keine starke Dyspnoe. Vorne L im ersten Intercostalraum noch lauter tympanitischer Schall, im zweiten gedämpft tympanitisch, von der dritten Rippe ab absolute Dämpfung. H. L. nur über der Spitze vesiculäres Athmen sonst allenthalben lautes bronchiales Athmen. Stimmfremitus in den unteren Parthien aufgehoben.

— 14. I. 88. — 39,5 — 100 — 32
— 40,2 — 112 — 28
— 40,4

Vorne im physicalischen Befund keine wesentlichen Aenderungen. H. L. in den untern Parthieen das bronchiale Athmen bedeutend mehr abgeschwächt.

Sputum sehr spärlich, schleimig, eitrig, enthält keine Tuberkelbacillen.

— 15. I. 88. — 39,1 — 112 — 28
39,9 108 28
39,5
39,1

— 16. I. 88. — 39,0 — 108 — 28
39,3 104 28
40,2
39,7
39,4

— 17. I. 88. — 38,8 — 104 — 28
39,2
39,8 — 100 — 32
39,9
39,3

Der Perkussionsschall erscheint im zweiten Intercostalraum weniger gedämpft, laut tympanitisch. Das Bronchialathmen wieder lauter.

d. 18. I. 88.	T. 39,3	P. 100	R. 28
	38,7		
	39,3		
	39,6		
	39,8	104	28
	39,6		
— 19. I. —	38,3	84	28
	39,3		
	39,4		
	39,6	83	28
	39,4		

Harnmenge ziemlich reichlich. Perkussionsschall im I. und II. J. C. R. V. L. nur noch sehr wenig gedämpft, laut tympanitisch.

d. 20. I. 88. L. V. Perkussion wie gestern bis zum obern Rand der III. R vesiculäres Athmen, von da ab Bronchialathmen.

	38,1	92	28
	39,0		
	39,6		
	39,9	94	28
	39,3		
— 21. I. 88	38,2	84	28
	39,0		
	39,3		
	39,0	84	28
	39,5		
— 22. I. —	37,9	100	28
	39,4	100	24

Der tympanitische Schall L. V. hat an Intensität beträchtlich abgenommen, ebenso die Dämpfung im III. J. C. R. geringer geworden. Bis zur IV. R. vesiculäres Athmen, von hier ab noch Bronchialathmen.

— 23. I. 88	37,6	100	28
	39,4	100	24
	39,2		

d. 24. I. 88.	P. 37,6	T. 84	R. 24
	39,1	92	28
	39,1		

Allgemeinbefinden gut. Keine Dytpnoë. Zeitweise noch Stechen auf der linken Seite. Vortreibung L. V. nicht mehr deutlich. Vordere linke Thoraxwand dehnt sich insperatorisch auch gut aus.

Perkussion: Tympanitischer Schall L. im 1. J. C. R. viel weniger deutlich, vom II. R. beginnende Dämpfung, III. R. leerer Schall.

Auskultation: L. V. ganz deutliches Vesiculärathmen ohne Nebengeräusche.

Rücken: Linke Seite noch etwas stärker ausgedehnt wie rechte.

Perkussion: Von der Spitze ab noch deutliche Dämpfung, welche unten zunimmt.

Auskultation: Oben bis zur sp. scap. Vesiculärathmen, von da ab noch Bronchialathmen.

Herz: Dämpfung noch bis zum rechten Sternalrand reichend.

Halbmondförmiger Raum schallt noch größtentheils gedämpft.

d. 25. I. 88.	37,9	100	28
	39,1	84	28
	39,0		

V. L. allenthalben Vesiculärathmen. H. Vesiculärathmen bis zur Mitte d. scap. von da ab noch Bronchialathmen.

d. 26. I. 88	37,7	72	24
	37,9	88	28
	38,6		

Schall über der linken Spitze hinten deutlich etwas heller.

d. 27. I. 88.	37,6	80	24
	38,2	80	24
	38,6		

d. 28. I. 88.	T. 37,6	P. 80	R. 24
	38,1	104	28

Perkussionsschall V. L. im I. J. C. R. noch etwas tympanitisch. H. bis zur spin. scap. Schall etwas heller, von da ab noch vollkommene Dämpfung. Athmung bis zum VI. Brustwirbel vesiculär, von da ab noch bronchial, aber nicht so scharf, wie bisher.

d. 29. I. 88.	37,1	100	24
	38,4	72	24
d. 30. I. 88.	37,5	68	24
	38,6	100	24

V. L. bis zum untern Rand der IV. R. ist der Perkussionsschall nur noch wenig gedämpft, nicht mehr tympanitisch. Reines Vesiculärathmen. Hinten vom IV. Brustwirbel ab noch absolute Dämpfung. Vom IV. Brustwirbel noch Bronchialathmen. Herzdämpfung reicht bis zur Mitte der Sternums.

d. 31. I. 88.	37,3	72	24
	38,5	84	24
d. 1. II. 88.	37,3	72	24
	38,3	84	24

Herzdämpfung reicht nur wenig über den linken Sternalrand. Perkussionsverhältnisse hinten unverändert, Bronchialathmen vom VII. Brustwirbel ab. Allgemeinbefinden gut.

d. 2. II. 88.	37,5	64	24
	38,4	72	24
d. 3. II. 88.	37,5	76	24
	38,2	72	24

Herzdämpfung reicht bis zum linken Sternalrand. Die Perkussion ergiebt L. V. immer noch leichte Dämpfung, Befund H. wie am 1. II. 88.

d. 4. II. 88.	37,5	76	24
	38,4	80	24

d. 5. II. 88.	T. 37,3	P. 88	R. 24
	— 38,6	— 96	24
d. 6. II. 88.	37,2	76	24
	38,3	100	28
d. 7. II. 88.	37,0	84	24
	38,9	108	28

Physikalischer Befund im Wesentlichen unverändert. Bronchialathmen L. H. U. viel leiser geworden. Allgemeinbefinden fortwährend gut.

d. 8. II. 88.	T. 37,0	P. 80	R. 24
	38,1	96	24
d. 9. II. 88.	37,2	72	24
	38,7	108	28
d. 10. II. 88.	37,4	98	28
	38,8	98	28
d. 11. II. 88.	37,9	100	28
	38,1	88	32
d. 12 II. 88.	37,1	96	28
	38,9	112	32

Allenthalben normale Perkussions- und Auskultationsbefunde. Patientin befindet sich vollkommen wohl. Die Temperatur ist von jetzt ab regelmäßig, Morgens durchschnittlich 37,0; nur noch abendlich Steigerungen, die aber niemals über 38,2 hinausgehen.

Seit dem 24. Februar hören auch diese Temperatursteigerungen auf und die Temperatur bleibt in der folgenden Zeit vollkommen normal. Ebenso Puls und Respiration.

Patientin wird als geheilt aus der Klinik entlassen.

Betrachten wir nun unsere drei Fälle, so zeigt es sich in ihnen allen, daß es sich um jugendliche Erstgebärende handelte, welche vor dem Wochenbett vollkommen gesund und nicht hereditär belastet waren.

Bei der ersten Kranken traten die pleuritischen Erscheinungen 10 Tage nach der Entbindung auf, bei der zweiten 14 Tage, bei der dritten erst nach 21 Tagen.

Das Wochenbett verlief bei zweien ganz normal, bei der einen dagegen traten am 5. Tage nach der Entbindung, nachdem bis dahin keinerlei Störungen zu bemerken waren, Erscheinungen auf, welche wohl als leichte Peritonitis aufgefaßt werden mußten. Die Wöchnerin bekam Fieber, klagte über Schmerzhaftigkeit im Unterleib, und das Abdomen zeigte Aufgetriebensein.

Die Erscheinungen der Pleuritis selbst waren in allen drei Fällen nach jeder Richtung hin vollkommen ausgesprochen. Bei allen setzte die Krankheit mit Seitenstechen ein, das bei zweien ziemlich acut, bei der dritten ganz allmählich auftrat. Bei allen war Fieber und Husten vorhanden. Das Fieber selbst war nur mäßig hoch und ging, wie in den meisten derartigen Fällen von schwereren Pleuritiden, nur selten über 40% hinaus. Nur bei dem dritten Fall, der überhaupt einen protrahierten Verlauf zeigte, traten andauernd allabendliche Steigerungen auf, die aber schließlich auch verschwanden und regelmäßigen, normalen Temperaturhöhen Platz machten.

Die Diagnose auf Pleuritis wurde dann noch durch die physikalische Untersuchung, die in den einzelnen Fällen eine stärkere Ausdehnung der erkrankten Seite, Vorhandensein einer ausgesprochenen Dämpfung und abgeschwächten Athmens, Fehlen des Stimmfremitus und Verdrängungserscheinungen ergab, und eine Vermuthung auf Pneumonie völlig ausschloß, sicher gestellt. Außerdem wurde in zwei Fällen eine Probepunktion gemacht, wobei sich ein rein seröses Exsudat entleerte.

Was den Verlauf der Krankheit anlangte, so war er in allen Fällen ein ziemlich langsamer, aber doch normaler. Die eigentliche Dauer der Erkrankung stand in gleichem Verhältniß zu der Zeitdauer des Auftretens der einzelnen pleuritischen Erscheinungen und betrug im ersten Falle 4 Wochen, im zweiten 6 Wochen und einige Tage, im letzten genau 8 Wochen. Die letzte Pat. blieb zwar noch länger ihrer besseren Kräftigung wegen im Krankenhaus, aber ihre Pleuritis war schon mehrere Wochen vor Entlassung der Kranken als gehoben anzusehen. — Eigentliche Complicationen waren im Verlauf der Erkrankungen nicht vorgekommen. Im zweiten unserer Fälle sahen wir eine Mastitis auftreten, die schon nach 8 Tagen bei Application von Watte und Eis verschwand, und in demselben Falle am Ende der Krankheit, wo bereits kein Exudat mehr nachweisbar, eine Bronchitis, die ebenfalls nach einigen Tagen zurückging.

Der Ausgang war in zwei unserer Fälle der in völlige Heilung. Bei der dritten Pat. schien vielleicht etwas Schwäche zurückgeblieben zu sein. Pat. sah sehr anämisch und jämmerlich aus und klagte in der ersten Zeit nach ihrer Entlassung aus der Klinik viel über Mattigkeit. Später jedoch hatte sie keine Klagen mehr; sondern fühlte sich während dieses ganzen Sommer-Semesters, in dem wir Gelegenheit nahmen sie noch weiter zu beobachten, vollständig gesund.

Wie soll man sich nun das Auftreten der Pleuritis im Wochenbett erklären? Da die Pleura ein geschlossener Sack ist, der nicht direct mit der Aussenwelt in offener Verbindung steht; so können die Entzündungserreger auch stets nur durch Vermittlung anderer Organe in die Pleura eindringen. Wir wissen, dass die meisten Pleuritiden daher nicht eigentlich primäre Erkrankungen sind, sondern sich im Anschluss an andere Krankheiten entwickeln. So sind es bekanntlich vor Allem

Affectionen der Lunge jeder Art, welche sich auf die Pleura fortsetzen können.

Ferner sind es Erkrankungen der bronchialen und interbronchialen Lymphdrüsen, die sich an einer Stelle bis zur Pleura fortsetzen und zur Infection der Pleura Anlass geben. Zahlreiche scheinbar primäre Pleuritiden gehen von tuberkulösen Bronchialdrüsen aus, die die Pleurahöhle mit tuberkulösem Gift inficieren und sind somit selbst eigentlich tuberkulöse Pleuritiden. Ferner wissen wir, dass die benachbarten serösen Häute, das Pericardium und das Peritoneum mit der Pleurahöhle durch Lymphbahnen in Verbindung stehen. Wir sehen daher, dass die Entzündungen der einzelnen serösen Häute mit einander combinieren können, dass sich die Entzündung vom Pericardium auf die Pleura, vom Peritoneum durch das Zwerchfell hindurch auf die Pleura fortsetzen kann.

Doch können wohl sicher auch auf dem Wege des Blutstroms Entzündungserreger in die Pleura gelangen. Bei schweren Allgemeinerkrankungen sehen wir zuweilen eine Pleuritis auftreten, die bei dem Fehlen jedes andern nachweisbaren Moments für das Zustandekommen der Krankheit nur auf diese Weise erklärt werden kann. Mitunter entsteht so die pyämische Pleuritis, obwohl diese freilich noch häufiger von einem eitrigen peripher gelegenen Lungenherd ausgehen kann. So entsteht auch ferner die Pleuritis, die sich bei Polyarthritis rheumatica entwickelt. Wenn auch diese Affection der Pleura als eine secundäre Erscheinung infolge einer vorher entstandenen Pericarditis auftreten kann, so dürfen wir es doch nicht von der Hand weisen, dass eine Pleuritis nicht auch isoliert beim Rheumatismus acutus vorkommt.

Analoge Verhältnisse walten auch bei der echten Gicht ob. Ebenso kann die Pleuritis, die nach Scharlach auftritt, auch hier aufgezählt werden. Und auch die Pleuritiden, die im Verlauf von chronischen Nierenentzündungen aufzutreten pflegen, müssen wir hierzu rechnen.

Allerdings müssen wir hierbei in Anrechnung bringen, dass Patienten, die an chronischen Nephrititiden leiden, besonders geneigt sind, auf Gelegenheitsursachen an entzündliche Leiden zu erkranken. Demnach muss andrerseits auch zugestanden werden, dass die Nierenleiden als solche dadurch, dass feste Bestandtheile, die nun im Körper zurückgehalten und sonst durch den Harn ausgeschieden werden, jetzt als Materia peccans in die Pleurahöhle gelangen und eine Pleuritis veranlassen.

Wenden wir nun diese Ausführungen auf die Entstehung der Pleuritis im Wochenbett an, so dürfte wohl zuerst die Vermuthung aufgestellt werden können, daß vielleicht vom Peritoneum aus die Entzündungserreger in die Pleurahöhle kommen könnten. Da die Peritonitis eine im Wochenbett recht häufig auftretende Erkrankung ist, wird sie auch oft, indem die Entzündung continuirlich weiter und durch das Zwerchfell fortdringt, eine Pleuritis veranlassen. Diese Pleuritiden haben dann denselben Charakter wie die vorhergehende Peritonitis. Für gewöhnlich sehen wir sie erst im Gefolge der Peritonitis auftreten, wo sie sich dann als eine Weiterverbreitung der Krankheit präsentieren; nicht selten aber können wir bemerken, daß die Peritonitis verschwindet und die Pleura nun den vom Peritoneum weichenden Krankheitsprozeß übernimmt.

In dem von uns beschriebenen Fall II scheint es sich um einen ähnlichen Vorgang gehandelt zu haben. Auch hier lagen peritonitische Reizzustände vor, die dann verschwanden und einer exsudativen Pleuritis Platz machten.

In den beiden andern Fällen liegt für diese Annahme der Entstehung der Pleuritis kein Grund vor. Hier haben wir es mit einem normalen Wochenbett zu thun, indem dann verhältnißmäßig spät, ohne daß irgendwelche Krankheitserscheinungen vorher bemerkt worden waren, eine Pleuritis auftritt. In diesen Fällen ließe es sich eher denken, daß die Pleura von dem Blutstrom aus inficiert

worden sei und darauf mit einer Entzündung reagiert habe. Ein analoges Beispiel bietet das Entstehen einer Synovitis im Puerperium. Auch hierbei können wir oft keine anderweitige Erkrankung, die dazu Veranlassung hätte geben können, constatieren. Diese Gelenkaffection verläuft ganz ähnlich wie die Polyartritis rheumatica und zeigt auch wie diese die Eigenschaft, sich mit Entzündungen der andern serösen Häute zu combinieren, und bietet meistens eine günstige Prognose.

Endlich drittens muß bei dem Auftreten einer Pleuritis im Wochenbett an Tuberculose gedacht werden. Wir wissen, daß das Puerperium zum Auftreten tuberkulöser Erkrankungen in naher Beziehung steht. Worauf dieses beruht, wissen wir nicht genau, aber wir können mit Recht annehmen, daß der Körper sowohl durch den veränderten Stoffwechsel, als auch durch die bei der Geburt sich abspielenden Vorgänge geschwächt wird und nicht denselben Widerstand dem tuberculösen Virus entgegenzusetzen vermag, als ein gesunder.

So mag es ja auch in unseren Fällen sein. Auch hier mag bereits eine latente Tuberculose bestanden haben und ist dann im Wochenbett als Pleuritis zum Ausbruch gekommen. In den Fällen I und II ist für diese Annahme kein Grund vorhanden. Wir hatten es hier mit kräftigen Individuen zu thun, bei denen weder die Anamnese noch der ganze Krankheitsverlauf mit dem Ausgang in völlige Genesung irgendwelche Anhaltspunkte für Tuberculose ergaben. Und nur in dem dritten Fall ließ der ganze Habitus der Patientin, sowie der protrahierte Verlauf der Krankheit mit den abendlichen Fiebersteigerungen und endlich das krankhafte Aussehen der Patientin nach ihrer Entlassung den Verdacht auf Tuberculose aufkommen, ohne daß jedoch etwas Positives eine Bestätigung desselben gegeben hätte. Unsere Annahme wird erst zur Gewißheit werden können, wenn wir bei längerer Beobachtung ein Recidiv wiederkehren, oder Erscheinungen

auftreten sehen, die den Schluß auf Tuberculose sicher stellen.

Jedenfalls aber können wir den Gedanken an Tuberculose in diesem Falle nicht ganz aufgeben.

Nachdem wir nun im Vorstehenden einen Zusammenhang der Pleuritis mit dem Wochenbett zu zeigen versucht haben, können wir unsere Betrachtungen in folgenden Schlußfolgerungen formulieren:

1) Im Wochenbett tritt zuweilen ohne sonstigen Grund eine seröse exsudative Pleuritis auf.

2) Diese Pleuritis hat einen gutartigen Charakter, ist keine pyämische.

3) Manchmal scheint sie vom Peritoneum aus zu entstehen.

4) Sie kann selbstständig vom Blutstrom aus entstehen.

5) Sie kann eine tuberculöse Pleuritis sein.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. A. Strümpell, für seine freundliche Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die Ueberlassung des Krankenmaterials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.